

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1929

THÈSE

172
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GABRIEL BÉRARDIER

Ancien Externe des Hôpitaux

Né à Périgueux (Dordogne), le 8 Mars 1902

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CHIMISME GASTRIQUE

dans les Affections de la Vésicule biliaire

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1929

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GABRIEL BÉRARDIER

Ancien Externe des Hôpitaux

Né à Périgueux (Dordogne), le 8 Mars 1902

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CHIMISME GASTRIQUE

dans les Affections de la Vésicule biliaire

Président : M. BEZANCON, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—
1929

LE DOYEN. M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LAREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	RRANCA



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
ALAJOUANINE. . .	Neurologie et psychiatrie.	LABBÉ (Henri). . .	Chimie biologique.
AUBERTIN.	Pathologie médicale	LARDENNOIS. . . .	Pathologie chirurgicale.
BASSET.	Pathologie chirurgicale	LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngie.
BAUDOUIN.	Pathologie médicale.	LEROUX	Anatomie pathologique.
BINET	Physiologie.	LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
BLANCHETIÈRE. .	Chimie biologique.	LHERMITTE.	Pathologie mentale.
BROCQ.	Pathologie chirurgicale.	LIAN.	Pathologie médicale.
BRULÉ.	Pathologie médicale.	MATHIEU.	Pathologie chirurgicale.
CADENAT.	Pathologie chirurgicale	METZGER.	Obstétrique.
CHABROL.	Pathologie médicale.	MONDOR.	Pathologie chirurgicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.	MOURE.	Pathologie chirurgicale.
CLERC.	Pathologie médicale.	MULON.	Histologie.
DEBRÉ.	Hygiène.	OBERLING.	Anatomie pathologique.
DOGNON.	Physique.	OLIVIER.	Anatomie.
DONZELOT.	Pathologie médicale.	PHILIBERT.	Bactériologie.
DUVOIR	Médecine légale.	QUÉNU.	Pathologie chirurgicale.
ÉCALLE	Obstétrique.	RICHET Fils.	Physiologie.
FIESSINGER. . . .	Pathologie médicale.	SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
GARNIER.	Pathologie expérimentale.	VALLERY-RADOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
GATELLIER.	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL.	Obstétrique.
GIROUD	Histologie.	VELTER.	Ophthalmologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.	VERNE.	Histologie.
HEITZ-BOYER. . .	Urologie.		
HOVELACQUE. . .	Anatomie.		
HUTINEL.	Pathologie médicale		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.	RETTERRER.	Histologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
WEILL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 2 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage d'une tendre affection.

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE

LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND

MÉDECIN DE L'HOPITAL ST-ANTOINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*L'expression de notre reconnaissance
pour l'extrême bienveillance avec
laquelle il nous a guidé dans l'ac-
complissement de ce travail.*

A NOTRE MAITRE

LE DOCTEUR V. LE LORIER

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

ACCOCHEUR DE L'HOPITAL BOUCICAUT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui est pour nous un maître bienveil-
lant et un ami dévoué. Nous tenons
à lui dire ici notre vive reconnais-
sance et notre profonde affection.*

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Hommage de respectueuse et pro-
fonde gratitude pour le grand hon-
neur qu'il nous a fait en acceptant
la présidence de cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

- 1921-22 M. LE PROFESSEUR HARTMANN.
— M. LE PROFESSEUR SERGENT.
1922-23 M. LE DOCTEUR F. RAMOND.
— M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. PROUST.

Externat

- 1923-24 M. LE DOCTEUR VEAU.
— M. LE DOCTEUR LORTAT-JACOB.
1924-25 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LE LORIER.
— M. LE PROFESSEUR BEZANÇON.
— M. LE DOCTEUR TRÉMOLIÈRES.
1925-26 M. LE DOCTEUR SAINTON.
1927 M. LE PROFESSEUR ACHARD.
1928 M. LE DOCTEUR HALLÉ.

A M. LE DOCTEUR BERGERET, CHIRURGIEN DES
HOPITAUX.

A MM. LES DOCTEURS AMELINE, L. BONNET ET
FROMENT, CHEFS DE CLINIQUE.

BREGER, CHEF DE LABORATOIRE.

CH. JACQUELIN, ASSISTANT DE GASTRO-ENTÉROLOGIE
A L'HOPITAL ST-ANTOINE.

Introduction

Le retentissement des affections de la vésicule biliaire sur l'estomac est aujourd'hui trop bien connu pour que nous insistions à nouveau sur ce sujet.

Si cette donnée est venue expliquer certaines erreurs de diagnostic en montrant le polymorphisme clinique de la lithiase biliaire, il nous a paru intéressant de chercher si, à la faveur de cette parenté clinique, certaines de ces manifestations gastriques ne pouvaient venir aider au diagnostic souvent si délicat des lésions du carrefour.

Au cours de notre séjour à l'hôpital St-Antoine auprès de notre maître le docteur Félix Ramond et grâce à la riche documentation de son service nous avons constaté l'intérêt que peut présenter l'étude des modifications du chimisme gastrique au cours des lésions de la vésicule biliaire.

Les résultats de ces recherches pour lesquelles les directives et les conseils de notre maître nous furent d'un si puissant secours nous paraissent assez comparables aux résultats obtenus par la majorité des auteurs. Les divergences souvent plus apparentes

que réelles ne nous semblent pas décisives comme le montre une étude comparative approfondie.

Nous avons pu réunir un certain nombre d'observations indiscutables de lithiase biliaire dans lesquelles le chimisme gastrique est à peu près constamment perturbé dans le même sens. L'opposé et la discussion de ces observations fera l'objet de cette étude.

CHAPITRE I

Rappel des Travaux antérieurs

L'étude des différentes opinions émises sur les variations du chimisme gastrique au cours des affections de la vésicule biliaire est à priori un peu décevante : en effet, pour certains auteurs, peu nombreux d'ailleurs, on trouve de l'hyperchlorhydrie, pour d'autres de l'hypo ou même de l'anachlorhydrie.

Il est un fait certain sur lequel la presque totalité de ceux qui ont étudié la question, se trouve d'accord : c'est que le chimisme gastrique est constamment perturbé surtout en ce qui concerne l'acidité chlorhydrique.

Les travaux sur ce sujet sont nombreux tant en France qu'à l'étranger surtout en Amérique et en Allemagne, où cette question a été très étudiée.

Certains auteurs, comme Chauffard et Le Noir, affirment la réalité et la fréquence des perturbations

de la formule chimique du suc gastrique dans les affections vésiculaires mais pas plus que Richardière, Cassel et Chatelot dans leurs thèses, ils ne précisent qu'elle est de l'hyper ou de l'hypochlorhydrie la formule prédominante.

Etudiés d'un peu près, les cas auxquels font allusion ces auteurs sont très divers : lithiases récentes et accidents chroniques anciens. Il nous a semblé, devant le petit nombre de cas où le diagnostic pouvait être affirmé avec certitude par les constatations d'explorations ou d'interventions chirurgicales, que ces divers auteurs ont surtout tenté de confirmer un diagnostic purement clinique par les données du tubage.

De nombreux auteurs concluent, contrairement aux affirmations précédentes, à la fréquence nettement marquée de l'hypo ou de l'anachlorhydrie.

Enriquez, Lœper, Félix Ramond, en France, Rydgaard, Gatewood, Hernando, Ohly, à l'étranger, sont d'accord pour trouver de l'hypochlorhydrie.

Certes, dans le détail la proportion relative des divers cas est variable mais un fait reste acquis, c'est la fréquence de l'hypochlorhydrie.

Cependant des avis plus précis sont à retenir : ceux d'Ohly, de Lœper et d'Harvier qui, dans des travaux importants distinguent deux formules suivant l'âge de la lithiasc qui, jeune, donnerait de l'hyperchlorhydrie et ancienne donnerait, au contraire, de l'hypo ou de l'anachlorhydrie.

Si l'on rapproche ces faits des constatations cliniques d'Holweg et Schmit, expérimentales de Dahl-Iversen, on peut se demander si les cas où la formule chimique tend à l'anachlorhydrie ne sont pas ceux dans lesquels la vésicule est supprimée pathologiquement comme elle l'est dans les expériences ou les interventions. Ces divers résultats nous incitent donc à préciser :

1° La réalité des cas de lithiase ou de cholécystite est de ne tabler que sur des cas authentiques.

2° La variété à laquelle correspond telle ou telle formule chimique en notant l'importance des réactions péri vésiculaires.

CHAPITRE II

Technique employée

Prélèvement du suc gastrique

Nous avons pratiqué le prélèvement du suc gastrique par tubage à l'aide de l'appareil aspirateur de Frémont, selon la technique habituelle : à jeun et après repas d'épreuve.

TUBAGE A JEUN

Important car il donne des renseignements sur la motilité gastrique, l'état du pylore et la sécrétion à jeun.

TUBAGE APRÈS REPAS D'ÉPREUVE

Parmi les nombreux repas d'épreuve proposés, celui d'Ewald a été adopté dans le service du Dr F. Ramond : il est composé de :

60 gr. de pain blanc rassis ;
250 gr. de thé léger sans sucre.

On pratique le tubage 1 heure environ après ingestion de ce repas et on dose les différents éléments du contenu gastrique par la méthode de Töpfer-Linossier qui donne dans les cas normaux les chiffres suivants :

Acide chlorhydrique libre (H).....	=	0 gr. 50
Acidité totale AT.....	=	1 gr. 80
Acides de fermentation F.,	=	0 gr. 20
Chlore combiné C.....	=	1 gr.

La formule du chimisme gastrique a été établie chez certains de nos malades à la suite d'un repas peptoné, composé de :

Peptone	7 gr. 50
Eau distillée	250 gr.

Les résultats obtenus à l'aide de cette méthode sont sensiblement comparables à ceux que l'on obtient après le repas d'Ewald surtout en ce qui concerne l'acidité chlorhydrique.

CHAPITRE III

Observations

Au cours de cette étude nous avons groupé les observations prises dans le service du D^r F. Ramond au cours de ces deux dernières années en trois catégories :

1° Cas certains de lithiasse biliaire tant au point de vue clinique que radiologique ;

2° Cas indiscutables vérifiés anatomiquement ;

3° Quelques observations de malades suivis après l'opération et chez lesquels nous avons pu pratiquer un tubage et un nouveau dosage de l'acidité chlorhydrique.

Cas non opérés

OBSERVATION I (résumée)

M. C..., âgé de 33 ans, entre salle Lorain, le 15 septembre 1928, pour troubles gastriques.

Souffre depuis longtemps de brûlures épigastriques survenant à n'importe quel moment de la journée.

Céphalée post-prandiale avec nausées et vertiges.

Pas de vomissements, pas de fièvre, selles normales.

Depuis le début de mai aggravation, syndrome douloureux identique, mais apparition de vomissements deux ou trois heures après les repas.

Douleurs beaucoup plus vives au creux épigastrique et dans l'hypocondre droit, surtout marquées la nuit et irradiant vers l'épaule droite.

EXAMEN : Subictère de conjonctives.

Creux épigastrique sensible.

Point vésiculaire très douloureux.

RADIO : Estomac normal.

Vésicule douloureuse.

TUBAGE : *A jeun* : Pas de liquide.

Après repas d'épreuve : 50 cc. de liquide épais :

H	0,29
AT	1,75
F	0,25
C	1,24

OBSERVATION II (résumée)

Mme P..., âgée de 18 ans, entre salle Damaschino, le 26 octobre 1926, pour douleurs gastriques et vomissements.

Début des accidents au 10^e jour des suites de couches par : des pesanteurs gastriques suivies de nausées et de vomissements bilieux survenant la nuit, 4 heures après le repas.

Après ces vomissements douleurs sourdes et continues dans l'hypocondre droit sans irradiations spéciales.

C'est au cours d'une troisième crise que la malade entre à l'hôpital.

EXAMEN : Abdomen souple.

Région épigastrique douloureuse.

Point vésiculaire très douloureux.

Pas de douleurs aux points phréniques.

Murmure vésiculaire diminué à la base droite.

RADIO : Transit normal, spasme pylorique, douleur vésiculaire très nette.

TUBAGE : *A jeun* : Pas de liquide.

Après repas d'épreuve : 80 cc. de liquide avec débris alimentaires bien pulvérisés.

H	0
AT	0,29
F	0
C	0,29

OBSERVATION III (résumée)

M. B..., âgé de 42 ans, entre salle Lorain le 15 janvier 1927 pour des douleurs épigastriques.

Depuis 1925, se plaint de brûlures épigastriques d'intensité moyenne, survenant environ deux heures après les repas pour être calmées par le repas suivant.

Ces douleurs réveillent le malade vers minuit pour persister jusqu'au matin.

Elles ne sont pas calmées par les alcalins.

Après les repas, aérophagie marquée, avec, de temps en temps, état nauséeux, rougeur de la face et narcolepsie.

Antécédents : Ictère en novembre 1921, avec fièvre, décoloration des matières et asthénie marquée.

EXAMEN : Creux épigastrique sensible.

Région vésiculaire très douloureuse.

Pas de points phéniques.

RADIO : Transit normal.

Remplissage saccadé par spasme médio-gastrique.

Pylôre perméable.

La pression vésiculaire, très douloureuse, entraîne un gastro-spasme total.

TUBAGE : A jeun : Pas de liquide.

Après repas d'épreuve : 60 cc. de liquide.

H	0,07
AT	1,53
F	0,21
C	1,24

OBSERVATION IV. (résumée)

Mme R..., âgée de 51 ans, entre salle Damaschino le 24 janvier 1927 pour des douleurs épigastriques. Le début remonte à trois mois par des pesanteurs et des picotements de la région épigastrique avec asthénie et céphalée.

Aérophagie marquée. De temps en temps, poussées de subictère et vomissements verdâtres.

Alternatives de diarrhée et constipation.

Après les repas, sueurs profuses, nausées, vertiges.

EXAMEN : Abdomen ballonné.

Région épigastrique sensible.

Point vésiculaire très douloureux.

Névralgie phrénique cervicale bilatérale.

RADIO : Aérogastrie.

Remplissage normal.

Pylore perméable.

Pression vésiculaire douloureuse déterminant un spasme médio-gastrique.

TUBAGE : A jeun : 20 cc. de liquide jaunâtre sans débris alimentaires.

H	0
AT	0,36

Après repas d'épreuve : 30 cc. de liquide avec débris alimentaires mal pulvérisés.

H	0,14
AT	2,11
F	0,36
C	1,60

OBSERVATION V (résumée)

Mlle R..., âgée de 27 ans, entre salle Damaschino. le 12 juin 1928 pour une crise douloureuse abdominale.

Début remonte à trois semaines par :

Des douleurs dans l'hypocondre droit et dans la région dorsale avec asthénie, céphalée et fièvre à 38°. Puis, brusquement, douleur très violente dans la région vésiculaire avec irradiation vers l'épaule droite et vomissements bilieux. C'est à l'occasion de cette dernière crise que la malade entre à l'hôpital.

Antécédents : En octobre et décembre 1927, deux crises de coliques hépatiques à la suite desquelles les digestions deviennent pénibles et les re-

pas suivis de nausées et parfois même de vomissements bilieux.

EXAMEN : Pas de subictère.

Région épigastrique sensible.

Manœuvre de Murphy positive.

Points phréniques douloureux.

Signe respiratoire de la base droite positif.

RADIO : Estomac normal.

Vésicule douloureuse...

TUBAGE : *A jeun* : Pas de liquide.

Après repas d'épreuve : 50 cc. de liquide épais avec débris alimentaires mal pulvérisés.

H	0,14
AT	1,96
F	0,29
C	1,53

OBSERVATION VI (résumée)

Mme F..., âgée de 39 ans, entre salle Damaschino le 6 mars 1928 pour des douleurs de l'hypocondre droit.

Le début remonte à 1918 par des douleurs épigastriques survenant surtout la nuit sous forme de brûlures et s'accompagnant de nausées et parfois de vomissements amers, verdâtres.

En 1926, aggravation. Crise de colique hépatique typique suivie de subictère des conjonctives.

Sous l'influence du régime et de la médication anti-lithiasique, grosse amélioration.

En décembre 1927, nouvelle crise. La malade vient à la consultation du service, où l'examen montre :

Une douleur vive nettement localisée à la vésicule biliaire.

L'examen radioscopique pratiqué à cette occasion confirme le siège vésiculaire de la douleur.

En mars 1928, nouvelle crise pour laquelle la malade entre à l'hôpital.

Elle souffre continuellement dans l'hypocondre droit, avec irradiation vers l'épaule droite.

Nausées post-prandiales avec congestion de la face et transpiration abondante.

A L'EXAMEN : Région vésiculaire très douloureuse.

Signe respiratoire de Ramond positif.

Antécédents : Fièvre typhoïde à 28 ans.

RADIO : Léger liquide résiduel.

Transit normal.

Estomac normal.

Passage pylorique facile.

Bulbe normal.

La pression vésiculaire très douloureuse entraîne un gastro-spasme total.

TUBAGE : A jeun : Quelques centimètres cubes de liquide bilieux.

Après repas d'épreuve peptoné : 15 cc. de liquide bilieux.

II	0
AT	0,28

OBSERVATION VII (résumée)

Mme D..., âgée de 63 ans, entre salle Damaschino le 11 août 1928 pour des crises douloureuses abdominales.

La dernière crise date de juillet 1928. Douleurs très vives dans l'hypocondre droit avec irradiation vers l'épaule et le sein droit.

Cette crise a duré 1 heure environ et a été suivie deux jours après d'un ictère avec selles décolorées et urines foncées.

En dehors des crises, pesanteurs à irradiation dorsale avec des vertiges et des nausées survenant 2 à 3 heures après les principaux repas.

Antécédents : A 28 ans, première crise de colique hépatique suivie d'ictère.

Entre 28 et 63 ans, la malade eut cinq crises toujours suivies d'ictère.

EXAMEN : Ictère généralisé en voie de décroissance, selles décolorées.

Creux épigastrique sensible.

Manœuvre de Murphy très positive.

Rate normale.

RADIO : Remplissage normal.
Passage pyloro-duodéal rapide.
Compression vésiculaire douloureuse déterminant un spasme médio-gastrique très net.

TUBAGE : A jeun : Pas de liquide.

Après repas d'épreuve : 20 cc. de liquide épais.

H	0
AT	0,36
F	0,14
C	0,22

OBSERVATION VIII (résumée)

Mme C., âgée de 48 ans, entre salle Damaschino le 11 juin 1927, pour douleurs épigastriques.

Début en janvier 1927 par des douleurs épigastriques survenant environ 1/2 heure après les principaux repas et durant deux heures. Sensation de torsion très pénible qui n'est calmée ni par les alcalins ni par la prise de nouveaux aliments.

Ces douleurs irradient vers l'épaule droite et la région dorsale.

Pas de nausées ni de vomissements.

Selles normales.

Amaigrissement marqué.

Fièvre légère 37°8, 38°.

EXAMEN : Régions épigastrique et sous-costale droite douloureuses.

Signe respiratoire positif.

RADIO : Transit normal.

Bas-fond dilaté avec spasme pylorique.

La pression vésiculaire réveille une douleur vive et un spasme médio-gastrique très net.

TUBAGE : A jeun : Pas de liquide.

Après repas d'épreuve : 70 cc. de liquide.

H	0
AT	0,58
F	0,36
C	0,25

OBSERVATION IX (résumée)

M. G..., âgé de 50 ans, entre salle Lorain, le 16 février 1927 pour des douleurs gastriques.

Début en 1923, par des douleurs de l'hypocondre droit, survenant par crises sous forme de crampes 1 heure 1/2 après les principaux repas. Douleur irradiant vers l'omoplate du côté droit et s'accompagnant de bouffées de chaleur et de vomissements bilieux qui calment ces douleurs.

Anorexie, constipation, amaigrissement marqué et rapide.

A L'EXAMEN : Manœuvre de Murphy positive, douleur vive au point phrénique droit.

Abolition du murmure vésiculaire à la base droite.

RADIO : Transit normal.

Bulbe duodénal dilaté sensible.

La pression vésiculaire détermine un spasme pylorique très net.

TUBAGE : A jeun : 25 cc. de liquide sans débris alimentaires :

H	0
AT	0,43

Après repas d'épreuve : 120 cc. de liquide avec des débris alimentaires mal pulvérisés :

H	0
AT	0,43
F	0,14
C	0,29

OBSERVATION X (Résumée)

Mme B..., 38 ans, entre salle Damaschino le 21 février 1927, pour une hématomérose. Souffre depuis longtemps de l'estomac sous forme de tiraillements légers dans la région épigastrique et sous le sein droit.

Ces douleurs augmentent d'intensité la nuit et s'accompagnent après les repas de sensation pénible de gonflement gastrique, de sueurs abondantes, de congestion de la face et de narcolepsie.

Vomissements assez fréquents, bilieux, survenant à n'importe quelle heure de la journée.

Au début de février première hématemèse de sang rouge, peu abondant.

EXAMEN : Subictère des conjonctives. Région épigastrique douloureuse.

Manœuvre de Murphy positive.

Poumons normaux.

Cœur normal.

RADIO : Transit normal.

Estomac normal.

Pression vésiculaire douloureuse déterminant un gastropasme total.

TUBAGE : A jeun : 30 cc. de liquide sans débris alimentaires.

H	0
AT	0,43

Après repas d'épreuve : 75 cc. de liquide épais avec débris alimentaires mal pulvérisés.

H	0
AT	0,87
F	0,43
C	0,44

OBSERVATION XI (Résumée)

M. M., âgé de 38 ans, entre salle Lorain le 5 juillet 1928 pour douleurs épigastriques et amai-

grissement considérable. Début en novembre 1927 par des pesanteurs avec sensation de plénitude gastrique survenant à la fin des repas.

Parfois douleur plus marquée à l'hypocondre droit avec irradiation scapulaire.

Après les repas, congestion de la face avec transpiration, sensation de froid aux mains et aux pieds. Narcolepsie.

Constipation habituelle, mais de temps en temps diarrhée post-prandiale. Pas de fièvre.

EXAMEN : Subictère des conjonctives.

Creux épigastrique douloureux.

Point sous-costal droit sensible.

RADIO : Estomac oblique haut situé, petit.

Région vésiculaire douloureuse.

TUBAGE : A jeun : Pas de liquide.

Après repas d'épreuve : 60 cc. de liquide.

H	0
AT	0,29
F	0,14
C	0,20

OBSERVATION XII (Résumée)

Mme P..., 33 ans, entre salle Damaschino, le 26 juillet 1926 pour troubles gastriques.

Début en 1924 par pesanteurs gastriques, bouffées de chaleur et narcolepsie post-prandiale.

Accalmie de trois ans.

En mai 1926, reprise des accidents, mais douleurs plus vives, surtout nocturnes, siégeant dans l'hypocondre droit, irradiant dans le dos. Crises suivies de vomissements bilieux.

A ces crises correspondent des poussées fébriles à 38°, 38° 5.

Constipation chronique avec périodes de diarrhée.

EXAMEN : Malade amaigrie.

Sensibilité diffuse de la région épigastrique.

Douleur vive de la région vésiculaire.

Foie légèrement augmenté de volume.

RADIO : Estomac normal.

Région vésiculaire douloureuse.

TUBAGE : A jeun : Pas de liquide.

Après repas d'épreuve : 30 cc. de liquide épais.

H	0
AT	1,46
F	0,51
C	0,94

OBSERVATION XIII (Résumée)

Mme L..., âgée de 54 ans, entre salle Damaschino le 4 mars 1929 pour une crise de colique hépatique typique qui a débuté dans la nuit du 23 au 24 février, 2 heures après le repas du soir.

Douleur très violente dans l'hypocondre droit irradiant à l'épaule droite.

Vomissements bilieux incessants.

Les jours suivants poussée fébrile, subictère.

Dans les antécédents de la malade on relève trois crises semblables.

Une première crise à 30 ans suivie d'une ictère qui a duré 15 jours avec selles décolorées.

Une deuxième à 38 ans sans ictère.

Une troisième à 52 ans avec un ictère de 4 semaines et décoloration des matières.

En dehors des crises la malade souffre à peu près constamment de pesanteurs épigastriques survenant 1 heure après les principaux repas avec parfois nausées, transpiration abondante et narcolepsie.

Constipation habituelle.

EXAMEN : Malade fatiguée, léger subictère des conjonctives.

Le creux épigastrique est douloureux avec maximum de la douleur dans la région vésiculaire.

Signe de Murphy très positif.

Poumon, cœur, rate normaux.

RADIO : Transit très retardé.

Remplissage normal avec liquide abondant. Aspect colonnaire. Région vésiculaire excessivement douloureuse.

TUBAGE : A jeun : Pas de liquide.

*Après repas d'épreuve : 50 cc. de liquide avec
débris alimentaires assez bien pulvérisés.*

H	0,29
AT	1,53
F	0,14
C	1,09

OBSERVATION XIV (résumée)

Mlle B..., âgée de 18 ans, entre à la salle Damaschino le 18 mars 1928 pour des douleurs dans l'hypocondre droit.

La malade souffrait depuis quelque temps de gêne, de pesanteur au creux épigastrique survenant presque aussitôt après les repas et s'accompagnant parfois de malaises et de frissons.

Accouchement le 25 février.

Le 2 mars dans la nuit, douleur violente subite sur le rebord costal droit. Sensation de torsion, d'écrasement, irradiant dans tout le creux épigastrique et vers l'épaule droite.

Nausées, vomissements bilieux abondants.

Les jours suivants, ictère, avec décoloration des matières et légère poussée fébrile.

Le 6 mars, nouvelle crise moins douloureuse que la première.

Le 12 mars, une troisième crise très violente avec état syncopal nécessite le transport de la malade à l'hôpital.

A L'EXAMEN : Subictère des conjonctives. Abdomen souple avec un certain degré de défense musculaire dans l'hypocondre droit.

Manœuvre de Murphy positive.

Point phrénique droit très douloureux.

Signe respiratoire de Ramond très net.

Pas de radio.

TUBAGE : A jeun : Pas de liquide.

Après repas d'épreuve : 75 cc. de liquide avec débris alimentaires assez bien pulvérisés.

H	0,18
AT	2,26
F	0,29
C	1,38

OBSERVATION XV (résumée)

M. D..., âgé de 32 ans, entre salle Lorain le 20 février, 1928 pour douleurs continues dans l'hypocondre droit.

Début en 1926, par douleur brusque, violente, dans l'hypocondre droit, irradiant vers l'épaule droite.

Pas de nausées, pas de vomissements.

Ces douleurs très violentes persistèrent pendant plusieurs heures, puis se calmèrent. Mais persistance d'une pesanteur continue pénible dans l'hypocondre droit.

Sur ce fond de douleur continue se greffèrent

trois grandes crises douloureuses analogues à la première.

Amaigrissement, anorexie, céphalée ; alternative de diarrhée et de constipation.

EXAMEN : Creux épigastrique sensible.

Région vésiculaire très douloureuse.

Foie normal.

Pas de subictère.

RADIO : Transît accéléré.

Léger liquide résiduel.

Estomac petit semi-lunaire.

Pylore rétro-costal immobile.

Région vésiculaire douloureuse.

TUBAGE : A jeun : Quelques centimètres cubes de liquide.

Après repas d'épreuve : 60 cc. de liquide épais, avec débris alimentaires mal pulvérisés.

H	0,43
AT	2,03
F	0,29
C	1,31

OBSERVATION XVI (résumée)

M. F..., âgé de 35 ans, entre salle Lorain le 22 juillet 1927 pour douleurs gastriques.

Début en 1926. Depuis, n'a pas cessé de souffrir.

Le matin au réveil, crampe épigastrique et douleur dans l'hypocondre droit avec vertiges et nausées.

Les repas augmentent l'intensité des douleurs et déterminent un ballonnement considérable.

Pas de vomissements alimentaires.

Amaigrissement marqué.

Selles normales.

Antécédents : Colique hépatique à 18 ans.

EXAMEN : Creux épigastrique sensible.

Vésicule douloureuse.

Manœuvre du Murphy positive.

Foie normal.

RADIO : Transit normal.

Vésicule douloureuse. La pression de cet organe détermine un gastro-spasme total.

TUBAGE : *A jeun* : Pas de liquide.

Après repas d'épreuve : 100 cc. de liquide.

H	0,87
AT	2,84
F	0,36
C	1,60

OBSERVATION XVII (résumée)

Mme C..., âgée de 42 ans, entre salle Damaschini le 18 mars 1927 pour ictère à répétition ; crises abdominales douloureuses et vomissements.

Début en novembre 1926 pour une crise de vomissements alimentaires survenant 1 heure ou 2 heures après le repas de midi.

Depuis, fatigue générale, amaigrissement, anorexie.

Le 31 janvier 1926; au moment des règles, apparition de douleurs abdominales très violentes, généralisées, vomissements alimentaires abondants, fièvre.

Le lendemain de la crise, ictère avec décoloration des matières, urines hypercolorées, prurit.

Les deux nuits suivantes, crises douloureuses analogues.

Ictère persistant pendant cinq jours.

Le 25 janvier, le 10 mars, nouvelles crises avec douleur de l'hypocondre droit irradiant vers l'épaule droite. Après chaque crise : ictère.

Dans l'intervalle, accalmie plus ou moins marquée, mais pesanteurs post-prandiales persistantes, soulagées par les vomissements.

EXAMEN : Subictère des conjonctives. Manœuvre de Murphy positive.

Signe respiratoire de Ramond positif.

RADIO : Estomac étiré, bas-fond contractil non dilaté. Pas de spasme pylorique. Vésicule sensible.

TUBAGE : A jeun : Pas de liquide.

Après repas d'épreuve : 35 cc. de liquide avec débris alimentaires mal pulvérisés.

H 1,38

AT 3,28

F 0,37

C 1,53

Cas opérés

OBSERVATION XVIII (*Personnelle*)

Mme C..., âgée de 36 ans, entre salle Damaschino le 23 janvier 1929 pour crises douloureuses abdominales.

Début le 22 novembre trois semaines après un accouchement.

Douleur violente en coup de poignard, sous le rebord costal droit, trois heures après le repas du soir.

Douleur irradiant sur épaule droite ; vomissements bilieux abondants.

Accalmie sous l'influence de la morphine mais endolorissement persistant de l'hypocondre droit.

Au début et à la fin de janvier, nouvelles crises douloureuses avec les mêmes caractères.

Pas de fièvre. Pas d'ictère.

Pas d'antécédents notables.

EXAMEN : Creux épigastrique sensible.

Manœuvre de Murphy positive.

Abolition du murmure vésiculaire à la base droite.

RADIO : Impossible à pratiquer à cause des vomissements.

TUBAGE : A jeun : Pas de liquide.

Après repas d'épreuve : 50 cc. de liquide épais.

H	0,07
AT	0,73
F	0,14
C	0,51

OPÉRATION : Le 27 février 1929 (M. Lapointe).

Laparotomie transversale.

Exploration du foie : le lobe droit déborde de trois travers de doigt le rebord costal.

La vésicule est grisâtre, atone sans péricystite. On sent des calculs très mobiles.

Epaississement manifeste du péritoine autour du cystique.

Cholécystectomie rétrograde.

OBSERVATION XIX (*Personnelle*)

Mme D..., âgée de 32 ans, entre salle Damaschino le 9 février 1929 pour des douleurs épigastriques.

Début des accidents en décembre 1928 par des pesanteurs épigastriques irradiant dans la région dorsale avec sensation de constriction pénible.

Ces douleurs surviennent de 4 à 6 heures après les repas, surtout après le repas de midi.

Ces crises douloureuses durent de 1 à 2 heures et sont le plus souvent suivies de vomissements qui soulagent la malade.

Cette période de crises dura 7 à 8 jours et fut suivie d'un ictère léger avec décoloration des matières.

Le 21 décembre, crise beaucoup plus violente, arrachant des cris à la malade. Douleur épigastrique très vive irradiant vers la région dorsale et l'épaule droite.

Vomissements bilieux très fréquents ne soulagant pas la malade.

Après cette crise qui dura trois jours, apparition d'un ictère avec décoloration des matières. Fièvre légère et vomissements bilieux persistants.

Le 4 février nouvelle crise douloureuse aussi violente que les précédentes avec vomissements incessants fatigant considérablement la malade.

EXAMEN : Malade très amaigrie ; subictérique.

Creux épigastrique sensible.

Manœuvre de Murphy très positive avec un certain degré de défense musculaire au niveau de l'hypocondre droit.

Poumons et cœur normaux.

RADIOSCOPIE : Transit retardé.

Liquide d'hypersécrétion abondant.

Spasme médio-gastrique très accusé.

Vésicule douloureuse.

RADIOGRAPHIE : Pas d'ombre de calcul.

TUBAGE : A jeun : Quelque cm³ de liquide bilieux.

Après repas peptoné :

H	0
AT	1,46
F	0,36
C	1

Le 24 février l'état général s'aggrave, la température qui était stationnaire à $37^{\circ},5$, $37^{\circ},8$ s'élève à $38^{\circ},5$.

Dyspnée légère.

Pas de point de côté.

L'examen ne montre rien en dehors de signes vésiculaires déjà constatés.

Le 23 février : Température à 39° .

Pouls petit, rapide.

Langue sèche, dyspnée plus marquée.

Matité de la base gauche. Pas de souffle perceptible.

Le 26 février : Mort dans le collapsus.

AUTOPSIE le 28 février :

Pneumonie de la base gauche.

La vésicule biliaire difficile à enlever à cause de nombreuses adhérences est pleine de calculs.

Estomac et duodénum normaux.

OBSERVATION XX

M. H..., âgé de 30 ans, entre salle Lorain le 15 février 1927 pour des douleurs épigastriques. Début en mai 1926, par une violente crise douloureuse survenue 1 heure après le repas du soir.

Sensation de striction localisée au creux épigastrique à irradiation dorsale avec pâleur marquée du visage, vertiges, vomissements alimentaires presque quotidiens.

Cette première crise dura trois heures puis se calma spontanément.

Les jours suivants s'installèrent des douleurs continues sous forme de pesanteurs épigastriques et sus-ombilicales sans irradiation. Ces douleurs sont au maximum 1 heure après le repas du soir mais elles sont calmées par des vomissements alimentaires presque quotidiens.

Accalmie jusqu'en décembre 1926.

A cette époque, deux hématomèses de sang rouge peu abondant à 8 jours d'intervalle.

Depuis le 5 janvier 1928, douleurs persistantes avec nombreux vomissements et céphalée post-prandiale.

EXAMEN : Abdomen souple.

Creux épigastrique douloureux.

RADIO : Transit normal.

Estomac normal. Passage duodénal rapide.

Bulbe douloureux.

TUBAGE : A jeun : 25 cc. de liquide jaune sans débris alimentaires.

H	0
AT	0,65
F	0,22
C	0,45

Après repas d'épreuve :

H	0
AT	1,38
F	0,43
C	0,99

En juin 1928 revient consulter dans le service.

Présente, depuis le début du mois une crise violente avec pâleur, vertiges et vomissements abondants. Diarrhée abondante et persistante.

A L'EXAMEN : Abdomen souple.

Pas de points douloureux nets.

Manœuvre de Murphy négative.

Le malade accuse une sensibilité para-ombilicale.

RADIO : Transit normal.

Estomac normal.

Passage pylorique normal.

Pas de points douloureux.

TUBAGE : *À jeun* : Pas de liquide.

Après repas d'épreuve :

H	0,14
AT	1,67
F	0,21
C	1,31

OPÉRATION (M. Robineau), le 23 juillet.

Quelques adhérences péri-vésiculaires.

Aucune altération apparente de l'estomac et du duodénum.

Cholécystectomie. Vésicule biliaire à muqueuse très épaisse, œdématiée.

OBSERVATION XXI

Mme B..., âgée de 42 ans, entre salle Damaschino, le 21 janvier 1929, pour une hématomérose abon-

dante de sang noir survenue 1 heure environ après le repas du soir.

Souffre de l'estomac depuis 1914. A cette époque douleurs épigastriques irradiant dans la région dorsale. Douleurs tardives 4 à 5 heures après les repas, durant 1 heure et calmées par des vomissements.

Ces douleurs survenant par crises sont séparées par des périodes d'accalmies de durée variable.

Entre 1914 et 1929 la malade a eu quatre hématomèses abondantes.

A L'EXAMEN : Pas de douleurs épigastriques mais douleur sous-costale droite à l'extrémité de la 6^e côte.

Poumons et cœur normaux.

Pas d'antécédents notables.

RADIO : Pas de résidu.

Estomac allongé.

Dislocation pylorique.

Point douloureux sur le bord droit à 3 ou 4 centimètres u pylore.

Bulbe normal.

TUBAGE : A jeun : Pas de liquide.

Après repas d'épreuve : 80 cc. de liquide avec débris alimentaires.

H	0,94
AT	2,19
F	0,14
C	1,09

OPÉRATION (M. Lapointe), le 20 février :

Laparotomie transversale.

Exploration gastrique.

a) Par la face antérieure examen négatif translucidité parfaite du petit épiploon.

b) Par l'arrière cavité tout est normal.

Grosse vésicule pleine de calculs, épaissement du péritoine péricystique.

Ablation de la vésicule.

Appendicectomie.

OBSERVATION XXII

Mme D..., âgée de 36 ans, entre le 19 mai 1921, salle Damaschino pour des douleurs dans la région épigastrique et dans l'hypocondre droit.

Début en 1911 par des douleurs survenant aussitôt après les repas.

Sensation de pesanteur épigastrique irradiant dans le dos et l'épaule droite s'accompagnant souvent d'un syndrome sympathique marqué, avec nombreux renvois gazeux, régurgitations liquides et parfois même vomissements alimentaires.

A cette période la malade a présenté pendant 2 mois environ un état subictérique avec selles décolorées et urines foncées.

A la suite de ces accidents un régime sévère amena une amélioration marquée.

Nouvelle crise en novembre 1912.

En octobre 1918 l'état de la malade s'aggrave,

les douleurs deviennent plus violentes, siègent dans l'hypocondre droit et irradient vers l'épaule droite. Constipation habituelle.

C'est sous l'influence de cette dernière crise que la malade entre à l'hôpital.

Antécédents : Fièvre typhoïde à 16 ans.

6 enfants dont cinq morts en bas âge.

En 1914 : Hysterectomie pour fibrome.

EXAMEN : Etat général médiocre.

Abdomen souple.

Région épigastrique sensible.

Manœuvre de Murphy positive.

Diminution du murmure vésiculaire à la base droite.

Point phénique droit douloureux.

Cœur et poumons normaux.

RADIO : Spasme pylorique.

Etirement biloculaire de l'estomac.

Vésicule douloureuse.

TUBAGE : A jeun : 30 cc. de liquide sans débris alimentaires .

H	0
AT	0,50
F	0,21
C	0,30

Après repas d'épreuve : 150 cc. de liquide avec débris alimentaires mal pulvérisés.

H	0,50
AT	2,40
F	0,72
C	1,17

OPÉRATION (M. le P^r Lejars), le 13 juin 1921.

Cholecystostomie.

Vésicule volumineuse. La palpation ne permet pas de sentir des calculs.

Les parois vésiculaires sont épaisses et très vasculaires.

Pas d'adhérences.

Abouchement à la peau.

Après l'intervention, amélioration complète de 18 mois.

Puis reprise des douleurs à type tardif avec vomissements.

Gastro-entérostomie en 1924 (M. le P^r Lejars). Soulagement relatif pendant 15 mois, puis reprise des accidents.

En février 1927 revient consulter dans le service.

Douleurs épigastriques. Pesanteurs post-prandiales avec céphalée et vertiges.

Quelques vomissements qui ne calment pas les douleurs.

EXAMEN : Creux épigastrique douloureux.

TUBAGE : A jeun : Quelques cm³ de liquide jaune sans débris alimentaires.

Après repas d'épreuve : 50 cc. de liquide jaune avec débris alimentaires assez bien pulvérisés.

H	0,22
AT	1,74
F	0,21
C	1,31

RADIO : Grosse aérocolie.

Transit normal.

Remplissage rapide, tout passe par la bouche de gastro-entérostomie.

En février 1929 :

Souffre toujours de pesanteurs épigastriques et d'aérophagie.

A L'EXAMEN : Douleur diffuse du creux épigastrique.

TUBAGE : A jeun : 30 cc. de liquide jaune sans débris alimentaires.

H	0
AT	0,43

Après repas d'épreuve :

H	0
AT	0,73
F	0,29
C	0,43

OBSERVATION XXIII

Mme L..., 58 ans, entre salle Damaschino le 22 mars 1928 pour douleurs abdominales, céphalée et vomissements.

Début en septembre 1925 par des douleurs épigastriques survenant immédiatement après les repas et s'accompagnant de renvois acides et parfois même de vomissements qui calment la malade.

Ces troubles surviennent par crises, séparées par des accalmies complètes.

En mai 1927 : ictère.

En décembre 1927 : Les douleurs deviennent plus violentes et plus fréquentes. Siègent dans l'hypochondre droit et irradient vers le cou sur le trajet du phrénique droit.

Elles surviennent immédiatement après les repas et ne sont que médiocrement calmées par les vomissements.

Amaigrissement considérable (10 kgs).

Alternatives de diarrhée et de constipation.

EXAMEN : Léger subictère.

Epigastre douloureux.

La pression de la région vésiculaire détermine une douleur violente à irradiation ascendante.

Poumons et cœur normaux.

RADIO : Estomac allongé.

Contractilité normale.

Vésicule biliaire très douloureuse.

TUBAGE : A jeun : Pas de liquide.

Après repas d'épreuve : 30 cc. de liquide avec débris alimentaires bien pulvérisés.

H 0,43

AT 1,65

OPÉRATION, M. Lapointe, le 13 juin 1928 :

Grosse péricystite. Vésicule complètement adhérente au duodénum, volumineuse, grisâtre.

Le cystique et le cholédoque ne sont pas distendus.

Pas de calculs.

Cholécystectomie.

En septembre, nouvelle crise douloureuse moins violente, avec subictère des conjonctives et diarrhée.

En février 1929 :

La malade souffre toujours de pesanteurs épigastriques, avec ballonnement, aérophagie. Quelques vomissements bilieux.

TUBAGE : *A jeun* : Quelques cc. de liquide sans débris alimentaires.

Après repas d'épreuve : 30 cc. de liquide épais.

H	1,46
AT	2,62
F	0,21
C	0,94

OBSERVATION XXIV

Mme B..., âgée de 65 ans, entre salle Damasclino le 21 mars 1927 pour douleurs abdominales et vomissements.

Début en 1914 par une douleur sous-hépatique subite, très violente irradiant vers l'épaule droite et s'accompagnant de vomissements bilieux abondants.

Pas d'ictère.

Jusqu'à 1918, crises répétées tous les deux ou trois mois. Dans l'intervalle, santé parfaite.

En janvier 1927, reprises des douleurs avec les mêmes caractères. Mais les crises sont suivies d'ictère avec décoloration des matières.

Entre les crises pesanteurs épigastriques, aéro-phagie marquée.

Constipation habituelle.

A L'EXAMEN : Subictère des conjonctives.

Manœuvre de Murphy positive.

Signe respiratoire de la base droite positif.

Urines normales. Pas de décoloration des matières.

RADIO : Estomac normal.

Pas de points douloureux.

TUBAGE : A jeun : Quelques centimètres cubes de liquide jaune sans débris alimentaires.

Après repas d'épreuve : 110 cc. de liquide avec débris alimentaires mal pulvérisés.

H 0,14

AT 1,31

F 0,21

C 0,95

OPÉRATION : D^r Bloch, à Lariboisière, le 21 avril 1927.

Cholécystectomie. Lithiase confirmée.

Après l'intervention, amélioration très nette pendant 1 an 1/2. Puis reprise des accidents douloureux.

RADIO (février 1929) :

Estomac hypercontractile.

Chasse rapide.

Allongement marqué du segment horizontal.

Sensibilité sus-costale droite.

TUBAGE DUODÉNAL : Epreuve de Meltzer-Lyon, sans résultat. La malade a présenté après l'instillation de la solution magnésienne une ébauche de colique hépatique avec douleur, vomissements, diarrhée.

TUBAGE GASTRIQUE : *A jeun* : Quelques centimètres cubes de liquide sans débris alimentaires.

Après repas d'épreuve : 75 cc. de liquide épais.

H	0,29
AT	1,46
F	0,14
C	1,02

CHAPITRE IV

Résultats

Dans ces observations, au nombre de 24, le diagnostic d'affection vésiculaire, soit cholécystite, soit lithiasc confirmée, repose sur des signes cliniques et radiologiques bien décrits ces dernières années et dont certains ont été bien mis en évidence par notre maître le D^r F. Ramond.

Dans toutes les observations, en effet, qu'il s'agisse des cas opérés ou non, nous retrouvons les signes devenus classiques : les brûlures, la sensation de plénitude épigastrique, l'oppression post-prandiale s'accompagnant souvent de flatulence ou d'éructions.

Dans la majorité des cas, nous retrouvons des signes importants comme les nausées, les vomissements, les poussées fébriles, la diarrhée post-prandiale et enfin l'ictère qui est un signe capital pour le diagnostic de l'affection dont se plaint le malade.

Le signe de Murphy auquel Chiray accorde une juste importance est à peu près constant, de même que les points de névralgie phrénique et le signe respiratoire de Ramond.

Radiologiquement, nous avons trouvé chez tous nos malades les signes devenus classiques, depuis les travaux de Maingot, Beclère, Haubourg et Colombier et en particulier :

La douleur vésiculaire à la pression ;

Le spasme pylorique et médio-gastrique et surtout les spasmes gastriques réflexes provoqués par la pression vésiculaire dans 8 cas sur 24. Signe important bien mis en évidence par M. Ramond.

C'est sur des cas ainsi identifiés que nous avons fait porter l'étude du chimisme gastrique au point de vue particulier de l'acidité chlorhydrique.

Dans les 17 cas non opérés, nous trouvons :

Hyperchlorhydrie	2
Hypochlorhydrie	7
Anachlorhydrie	8

Ce qui fait dans l'ensemble 88 % d'hypo ou d'anachlorhydriques.

Il faut signaler que dans les deux cas qui se présentent avec de l'hyperchlorhydrie il s'agit de deux lithiases récentes, ce qui semble confirmer l'opinion de Lœper, Harvier et Ohly qui ont rencontré de l'hyperchlorhydrie dans les cas récents et au contraire de l'hypo ou de l'anachlorhydrie dans les cas chroniques anciens.

Dans les 7 cas vérifiés anatomiquement, les résultats sont les suivants :

Hyperchlorhydrie	1
Chlorhydrie normale.....	1
Hyperchlorhydrie	4
Anachlorhydrie	1

Soit, au total, 71 % d'hypo ou d'anachlorhydrique.

Si l'on compare ces résultats à ceux que fournit l'étude du chimisme gastrique dans l'ulcère du duodénum qui est une cause d'erreur fréquente dans le diagnostic des affections du carrefour, on sait que l'hyperchlorhydrie qui est la règle (Mathieu) dans l'ulcère est, au contraire, rare dans la lithiasé biliaire et que, lorsqu'elle existe, elle est relativement peu élevée.

D'où l'intérêt que présente le chimisme gastrique qui peut fournir un élément précieux pour un diagnostic souvent difficile.

Les résultats que nous avons obtenus sont d'ailleurs tout à fait comparables à ceux d'un grand nombre d'auteurs.

En particulier, Fravel, sur 61 cas, trouve 16 ana, 30 hypo, 10 mono et 5 hyperchlorhydriques.

Gatewood trouve 45 % de lithiasiques anachlorhydriques et dans un travail important sur la question arrive à la conclusion suivante : « L'anachlorhydrie, ou absence d'Hcl libre, est d'une valeur

définitive pour le diagnostic dans les cas douteux des affections hautes de l'abdomen ».

Hernando, sur 12 calculeux, en trouve 10 anachlorhydriques.

Ohly, sur 43 malades, a observé 24 anachlorhydriques, 12 hypo et 7 hyperchlorhydriques, ceux-ci étant des lithiasiques récents.

Enfin, Loeper et Forestier donnent une statistique de 30 malades parmi lesquels ils en trouvent 14 avec une chlorhydrie inférieure à 0,50 et 6 avec une anachlorhydrie complète.

CHAPITRE V

Commentaires

Parmi les 7 cas opérés, il en est plusieurs qui attirent l'attention :

Sans vouloir en tirer des conclusions trop enthousiastes, nous insisterons pour illustrer la valeur du chimisme gastrique dans le diagnostic des affections des voies biliaires sur un cas qui nous paraît particulièrement démonstratif (observat. XX).

Il s'agit d'un malade venu consulter en mai 1926 pour des douleurs épigastriques à irradiations dorsales survenant par crises 1 heure après les principaux repas et calmées par les vomissements.

En décembre 1926, deux hématémèses de sang rouge à 8 jours d'intervalle.

Depuis janvier 1928, douleurs épigastriques persistantes.

A l'examen physique, on ne trouve qu'un point douloureux épigastrique et à la radioscopie un bulbe duodénal sensible.

Mais l'étude du chimisme gastrique montre une anachlorhydrie complète qui fait hésiter à poser le diagnostic d'ulcus.

En juin 1928, nouvelle crise douloureuse avec mêmes signes physiques et hypochlorhydrie importante (0,14).

L'intervention pratiquée en juillet montre qu'il s'agit d'une cholécystite chronique.

A l'opposé, nous pouvons citer le cas d'un malade se présentant cliniquement comme un lithiasique, mais avec une hyperchlorhydrie considérable (1,67) (obs. XXV).

Cette hyperchlorhydrie jointe à certains signes cliniques tels que la douleur calmée par les alcalins le spasme persistant du pylore avec dilatation du bas-fond faisait discuter à juste titre l'ulcère pyloro-duodénal malgré l'allure clinique de l'affection.

L'intervention est venue trancher la difficulté en faveur de ce dernier diagnostic.

OBSERVATION XXV

M. M..., âgé de 49 ans, entre salle Lorain le 14 décembre 1928 pour des douleurs gastriques.

Début en 1913 par une crise de colique hépatique suivie d'un ictère qui dura 6 semaines.

En 1915, nouvelle crise douloureuse à prédominance gastrique.

En 1923, nouvelle crise.

A partir de 1926, les douleurs deviennent persistantes et continues.

Ce sont des pesanteurs et des serremments dans la région épigastrique, irradiant vers le côté droit et la région dorsale.

Ces douleurs surviennent deux ou trois heures après les repas et sont calmées par des alcalins. De temps en temps, vomissements qui soulagent le malade. Constipation habituelle.

Après les crises douloureuses, apparition fréquente d'un subictère des conjonctives.

A L'EXAMEN : Zone pancréatico-cholédocienne douloureuse.

Manœuvre de Murphy positive.

RADIO : Transit normal.

Estomac vertical.

Bas-fond dilaté en cuvette, peu contractile.

Spasme du pylore.

Pression vésiculaire douloureuse.

TUBAGE : A jeun : 70 cc. de liquide sans débris alimentaires.

H	1,60
AT	2,19
F	0,21
C	0,34

Après repas d'épreuve : 55 cc. de liquide avec des débris alimentaires.

H	1,67
AT	2,62
F	0,21
C	0,73

P H : 1,4.

OPÉRATION : M. Fredet, le 7 janvier 1929.

Après laparotomie, on aperçoit tout d'abord que le fond de la vésicule modérément distendue est adhérente au côlon transverse.

Après la libération des adhérences, on voit sur la région pylorique une cicatrice blanchâtre des plus nettes.

Cholécystectomie et gastro-entérostomie.

En résumé : ulcus ancien de la région pylorique adhérent à la face inférieure du foie et à la vésicule biliaire.

Ces deux cas montrent bien le parti que l'on peut tirer de l'étude du chimisme gastrique :

La notion d'hypoacidité que l'on rencontre dans 71 % des cas de lithiase ou de cholécystite s'opposant à la notion d'hyperacidité qui accompagne pour Moynihan 72 % des ulcus duodénaux.

De tels résultats doivent justifier l'importance que certains auteurs accordent au chimisme gastrique dans l'établissement d'un diagnostic qui présente souvent de grosses difficultés.

Etant donnée la netteté des résultats obtenus pendant l'évolution des lésions, il était intéressant de chercher ce que devenait le chimisme gastrique après la suppression de ces lésions, dans les cas d'intervention par exemple. Sur les conseils de notre maître, nous avons essayé de nous faire une opi-

nion. Les trois cas seulement qu'il nous a été possible d'observer nous ont donné les résultats suivants :

Dans la premier cas (obs. XXII) la chlorhydrie est normale (0 gr. 50) avant la cholécystostomie.

Six ans après la malade revient avec des troubles dyspeptiques marqués, le chimisme gastrique montre alors une hypochlorhydrie très nette à 0 gr. 22.

Huit ans après, à la suite d'une nouvelle crise douloureuse, nouveau tubage qui montre une anachlorhydrie complète.

Dans le 2^e cas (obs. XXIII) hypochlorhydrie légère (0 gr. 43) avant la cholécystectomie. Un an après l'intervention troubles dyspeptiques et hyperchlorhydrie (1 gr. 46).

Dans le 3^e cas (obs. XXIV) hypochlorhydrie (0,14) avant la cholécystectomie.

Deux ans après l'intervention, nouvelle crise douloureuse et hypochlorhydrique persistante (0 gr. 29).

Ces trois observations ne permettent pas de tirer des conclusions de l'influence de la cholécystostomie ou de la cholécystectomie sur le chimisme gastrique pas plus que de vérifier les expériences physiologique de Thomsen et de Dahl-Iversen pour qui la cholécystectomie n'entraînerait pas de modifications notables du degré d'acidité chlorhydrique du suc gastrique.

Pour Holweg et Schmit, au contraire, l'ablation de la vésicule biliaire entraînerait une perturba-

tion marquée de la sécrétion gastrique, et des troubles dyspeptiques apparaîtraient souvent chez ces sujets, comme le montrent d'ailleurs nos trois observations.

Conclusions

1°) Le chimisme gastrique est perturbé au cours des affections de la vésicule biliaire.

2°) En ne tenant compte que des cas vérifiés anatomiquement, l'hypochlorhydrie est la plus fréquemment rencontrée (71 % des cas).

3°) L'hyperchlorhydrie, quand elle existe, accompagne le plus souvent des lithiases récentes.

4°) Après une intervention (cholécystostomie, ou cholecystectomie) le chimisme gastrique, s'il est modifié, ne l'est pas toujours dans le même sens.

5°) L'hyperchlorhydrie à cause de sa fréquence doit être considérée comme un argument important du diagnostic si délicat des affections du carrefour.

C'est surtout dans les cas douteux que cet argument acquiert toute son importance, moins en per-

mettant d'affirmer la cholélithiase qu'en faisant écarter l'ulcus de l'estomac et du duodénum au cours desquels l'hyperchlorhydrie est de règle.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

F. BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

1. AGOTE L. — Síntesis de las úlceras del estómago y duodeno. Síndrome gastro-cístico-duodenal. — *Revue de Med y cirugía de la Habana*, 1922, XXVI, 836-851.
2. ALSBERG J. — Ein beiträg zur Aetiologie des Achlorhydrie und anacidität. — *Archiv für Verdäunungs-Krankheiten*, Berlin, 1922, XXIX, 328-346.
3. BARKER J.-C. — Differential diagnosis between duodenal ulcer, appendicitis and disease of the gall-bladder. *Detroit, M. J.*, 1920, XXI, 434-438.
4. BINET M.-E. et VÉRPY G. — Procédé simple de dosage des acides du suc gastrique. — *Archives des maladies de l'appareil digestif*, Paris, 1919, X, 112-115.
5. BOAS I. — Hyperaziditäts beschwerden und ulcus duodeni (parapyloricum). — *Archives für Verdauungs, Krankheiten*, Berlin, 1922, XXX, 257-274.
6. BOSS W. — Vésicule biliaire et chimisme gastrique. — *Berliner Klin. Wochenschrift* (29 décembre 1913) in *Archives des maladies du tube digestif*, juillet 1914.
7. BLACKFORD J. M. et DWYER M. F. — Gastric symptoms with particular reference to gall-bladder disease. — *Journal Am. Med. Ass. Chicago*, 1924, 412.
8. BLOCH L. — Differential diagnosis and duodenal ulcer and Gall-Bladder disease. — *Illinois Med. Journal Chicago*, 1921, XXXIX, 209, 212.

9. CANDELON. — Troubles dyspeptiques initiaux de la lithiasse biliaire. — *Thèse Paris*, 1919-20.
10. CARNOT et LIBER. — Influence de l'histamine sur la sécrétion des sucs digestifs chez l'homme. — *Société de Biologie*, 1925.
11. CASSEL Y. — Des dyspepsies cholélithiasiques. — *Thèse Paris*, 1919.
12. CHATELOT. — Manifestations gastriques de la lithiasse biliaire. — *Thèse Paris*, 1925.
13. CHAUFFARD. — Leçons sur la lithiasse biliaire, Paris-Masson, 1922.
14. CHENEY W. F. — The significance of achlorhydria. — *Journal American Med. Ass.*, 1926.
15. M. CHIRAY et Y. PAVEL. — La vésicule biliaire, Paris, Masson, 1927.
16. CIGNOZZI O. — La stenosi duodeno-piloriche estrinseca di origine colecistica. — *La Riforma Medica*, Napoli, 1925, XLI, 844-848.
17. DAHL-IVERSEN E. — Etude expérimentale de l'influence de la cholécystectomie sur les voies biliaires et la sécrétion gastrique. — *Lyon-Chirurgical*, 1924.
18. ENRIQUEZ et CARRIÉ. — Diagnostic différentiel des affections du carrefour vésiculo-duodéno-pylorique. — *Journal médical français*, 1923.
19. FRAVEL R. C. — The occurrence of hypochlorhydria in Gall-bladder disease. — *The Am. Journ. of the Med. Science*, 1920, CLXIX, 512-517.
20. GARNIER et LEREBoulLET. — Les maladies du foie et leur traitement, 1910.
21. GATEWOOD. — Achlorhydria in Gall-Bladder disease. — *J. Am. Med. Ass. Chicago*, 1923, LXXXI, 904-906, discussion, 918-920.
22. GIROD L. — Sténose pylorique par calculs biliaires. — *Thèse Paris*, 1925.

23. GREY E. G. — An experimental study of the effect of cholecystogastrostomy on gastric acidity. — *The Journal of experimental medicine*, 1916, p. 17.
24. HARVIER P. — Diagnostic des manifestations gastriques de la lithiase biliaire. — *Paris-Médical*, 1922, XII.
15. HERNANDO. — Anachlorhydrie et lithiase biliaire. — *Archives des maladies du tube digestif et de la nutrition*, mai 1914, p. 280.
26. JACQUELIN C. et LÉVY M. — A propos du diagnostic des affections de la région duodéno-vésiculaire. — *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1924, n° 2, p. 1777.
27. JARNOT. — Zur Frage des Anaciditäts. — *Arch. f. Verdauungs-Krankheiten*, Berlin 1926.
28. LABBÉ M. — Etudes de séméiologie gastrique. Le tubage à jeun. Les sécrétions retardées. La proportion relative d'Hcl libre et combiné. La valeur pronostique du chimisme gastrique. — *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1919, XLIII, 437.
29. LE NOIR. — In Nouveau Traité de médecine. Association morbide des dyspepsies. — Paris-Masson, 1924, T. XIII.
30. LOCHON H. — Contribution à l'étude du chimisme gastrique. Ses différentes techniques et sa valeur séméiologique. — *Thèse Lyon*, 1928.
31. LÖEPER M. — Leçons de Pathologie digestive, 4^e série, 1919.
32. LÖEPER et FORESTIER. — L'estomac des biliaires. — *Journal Médical Français*, août 1920.
33. MALGOYRE J. — Des renseignements que peut fournir aux cliniciens l'examen chimique du suc gastrique. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1923, n° 2, 14-19.

34. MILHAUD et LOCHON. — Le chimisme gastrique. — *Journal de médecine de Lyon*, 20 août 1928.
35. OHLY. — L'acidité du suc gastrique dans les maladies de la vésicule biliaire (Deutsche Medizinische Wochenschrift, 17 juillet 1923, n° 29, p. 1403) in *Archives des maladies du tube digestif et de la nutrition*, mars 1914.
36. PLANTIER L. — L'hyperchlorhydrie de cause biliaire. — *Paris Médical*, 1914.
37. RAMOND F. — Anachlorhydrie et aepsie. — Société médicale des Hôpitaux de Paris, 6 février 1919.
38. RAMOND F. — Les maladies de l'estomac et du duodéum, Paris, Masson, 1927, p. 345.
39. RAMOND F. et PARTURIER. — Les réactions réflexes de la vésicule biliaire sur le tube digestif. — *Paris Médical*, 13 mai 1925.
40. RAMOND F., PETIT A. et CARRIÉ. — Les achlorhydries non néoplasiques. — *Bull. et Mém. de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1917, XLI, 997.
41. RAMOND F. et ZIZINE. — L'estomac des biliaires. — *Progrès Médical*, n° 10, 5 mars 1927.
42. RIBARDIÈRE A. — Mécanisme de certaines variations du chimisme gastrique au cours des affections biliaires et duodénales. — *Thèse Paris*, 1927.
43. RYDGÅRD. — Achylie und cholelithiasis (Archives f. Klin. Chir., 115, 1921), in *Arch. f. Verdaungs-Krankheiten*, Berlin, 1921, p. 360.
44. SATRE. — Les sécrétions normales et pathologiques du suc gastrique. — *Le Médecin Français*, 15 oct. 1923.
45. SAVY et DUFOURT. — Anachlorhydrie et dyspepsie. — *Journal de médecine de Lyon*, 1923, IV, n° 85, p. 425.

46. VIANNOY. — Cholécystites chroniques avec prédominance des signes gastriques. — *Loire Médical*, 1924.
47. WOHL M. G. — Is the gastric secretion altered in Gall-bladder disease ? — *New-York Med. Journal*, 1917, 347-349.

Table des Matières

	Pages
Introduction	11
Chapitre I. — Rappel des travaux antérieurs.....	13
Chapitre II. — Technique employée.....	16
Chapitre III. — Observations.....	18
Cas non opérés.....	18
Cas opérés.....	39
Chapitre IV. — Résultats.....	54
Chapitre V. — Commentaires.....	58
Conclusion.....	65
Bibliographie.....	67
